

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Лисица А.В.

*Кубанский государственный медицинский университет,
Российская Федерация*

Анализ деятельности современной отечественной системы здравоохранения показывает, что даже те минимальные средства, которые направляются на развитие и поддержание функционирования отрасли (бюджет всех уровней, средства обязательного медицинского страхования и поступающие из внебюджетных источников) расходуются недостаточно эффективно. Поэтому особую остроту приобретает проблема оптимизации работы медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом [2]. Согласно имеющимся статистическим данным, 80% пациентов начинают и завершают лечение в поликлинике, в то время как 70-80% финансовых средств и иных ресурсов МЗ РФ направляются на организацию оказания госпитальной помощи, 5% – скорой медицинской, 15-25% амбулаторно-поликлинической (оптимальным считается соотношение этих показателей, как 40, 10 и 50%

соответственно). Подобное распределение средств досталось в наследство от государственной системы здравоохранения, которая наряду с такими достижениями, как общедоступность и бесплатность, имела неоспоримый недостаток - экстенсивный путь развития [5]. В свете реализации основных направлений Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации актуальной задачей становится обеспечение максимальной доступности стационарной помощи населению, интенсификация использования дорогостоящего коечного фонда, поиск средств повышения эффективности лечения больных, научное обоснование внедрения в практику ресурсосберегающих технологий [3]. В этих условиях назрела необходимость изменения приоритетов в направлении более широкого внедрения в практику малозатратных стационарозамещающих технологий [1]. Кроме того, исследованиями ряда авторов доказано, что от уровня развития амбулаторно-поликлинической помощи, качества ее работы во многом зависит эффективность использования больничного коечного фонда.

Как свидетельствует мировой опыт, чем ниже находится планка взаимодействия первичной и специализированной помощи, тем более затратна и менее эффективна вся система здравоохранения [8]. Первые стационарозамещающие формы медицинской помощи были созданы в России в 30-е годы прошлого века. Так, в 1930-1931 гг. на базе психоневрологической больницы им. П.Б.Ганнушкина был открыт дневной стационар. Он выполнял функцию промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера [4]. В последующем в соответствии с приказом МЗ СССР от 16 декабря 1987 г. № 1278 «Об организации отделений, палат дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» были созданы названные стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи. В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387, отмечено, что «основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределения части объектов помощи из стационарного сектора в амбулаторный». Для реализации Концепции на первом этапе (1997-2000) предусматривалась реструктуризация стационарной помощи и одновременное развитие амбулаторно-поликлинических учреждений, создание в них дневных стационаров и стационаров на дому. 7 сентября 1999 г. на Коллегии МЗ РФ обсуждалась необходимость создания нормативной базы, которая дала бы ответы на важные вопросы: как организовать более эффективную и ресурсосберегающую меди-

цинскую помощь и как переместить объем медицинской помощи с больничного на догоспитальный уровень. В структуре населения нашей страны и за рубежом увеличиваются число лиц старше 60 лет и соответственно доля госпитализированных пациентов этого возраста, которые страдают в основном длительно текущими хроническими заболеваниями. Большинство их по состоянию здоровья и возрасту утратило способность не только к самообслуживанию, но и к передвижению, а многие остаются в старости одинокими, без поддержки родных и близких. Поэтому приоритетное значение организации внебольничных форм медико-социальной помощи лицам пожилого возраста, учитывая ее медицинскую и экономическую эффективность, представляется очевидным.

В то же время интересен опыт здравоохранения зарубежных государств в решении данной проблемы. В ряде стран возникли службы нового типа – передовые центры неотложной помощи, пункты помощи на дому, дневные стационары, дома сестринского ухода и пр. Они занимают промежуточное звено между стационарным и амбулаторным обслуживанием. Один из первых дневных стационаров был создан в Великобритании (Оксфорд) в 1956 г. В настоящее время в этой стране успешно функционируют дневные стационары на базе центров реабилитации лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста [7]. Созданный на базе реабилитационного госпиталя в Филадельфии (США) дневной стационар обеспечивает долечивание больных имеющимися в штате госпиталя врачебными бригадами. Пациенты прибывают в стационар утром, им проводят соответствующие необходимые исследования и комплексное лечение, включающее процедуры восстановительной терапии. В условиях дневного стационара пациенты получают одноразовое питание. Ежедневно они доставляются домой транспортом больницы. Дневные стационары в Германии обеспечивают пожилым людям медицинскую помощь и удовлетворение их социальных потребностей без привлечения неоправданно больших финансовых средств. В Италии службы помощи на дому оказывают медицинские и вспомогательные услуги, такие, как консультации специалистов различного профиля, лечение, сестринский уход и пр. В Нидерландах почти половина общего числа домов сестринского ухода использует принцип работы дневного стационара, куда направляются больные из круглосуточного стационара при улучшении их состояния. В Японии реализуется стратегия укрепления здоровья и оптимизации социального обслуживания пожилого населения, по плану которой функция ухода за больными возлагается на дневные стационары, стационары на дому, гериатрические больницы и пр. В течение дня больные обеспечиваются питанием, уходом, культурной программой, адаптирован-

ной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением [6]. В клинических диагностических центрах получила развитие одна из распространенных стационарозамещающих форм амбулаторно-поликлинической помощи – стационар на дому, осуществляющий плановое лечение пациентов в домашних условиях, систематический контроль за его ходом и эффективным использованием всех лечебно-диагностических возможностей поликлиники. Перевод части лечебно-профилактических учреждений на работу с применением стационарозамещающих технологий позволит существенно повысить эффективность работы лечебно-профилактических учреждений, улучшить качество жизни лиц преклонного возраста и членов их семей, сэкономить значительные финансовые ресурсы здравоохранения.

Литература

1. Брюсов П.Г., Лисицын А.С., Воробьев В.В. Организация и оказание амбулаторной хирургической помощи в Вооруженных Силах // Материалы всероссийской науч.-практ. конф. – СПб, 1997. – С. 13–21.
2. Карташов В.Т., Жуков В.А. Механизм перераспределения ресурсов с госпитального на амбулаторное // Экономика здравоохран. – 2000. – № 12 (50). – С. 25–29.
3. Мелянченко Н.Б. Реструктуризация лечебной сети // Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития. – СПб: Мед. пресса, 2001. – С. 114–115.
4. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение РФ. – 2000. – №1. – С. 5.
5. Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000–2004 гг. и на период до 2010 г. // Здравоохранение РФ. – 2000. – № 2. – С. 3–9.
6. Ikegami N. Public Long-term care insurance in Japan // JAMA [Tokio, Japan]. – 1997.
7. Laroque P. Social protection and the over – 75 s: What are the problems // Int. Soc. Security Rev. – 1978. – Vol. 31, N 3. – P. 267–284.
8. Richards S., Coast J., Gunnell D. et al. // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 1796–1802.